

Los siete pilares de la calidad*

Avedis Donabedian

Si el título de este artículo sugiere imágenes de enormes extensiones de desierto, caravanas de camellos en búsqueda desesperada de agua, e incluso un espejismo o dos, no es culpa mía ya que el tema surgió de los organizadores de la conferencia.

Los siete pilares sobre los que se sustenta la calidad, sus siete caras o los siete atributos por los cuales se reconoce y juzga, se muestran en la Tabla 1. Desgraciadamente, no se puede construir ningún acrónimo significativo a partir de los atributos mostrados en esa tabla.

Eficacia

Eficacia es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables.

La eficacia relativa de las estrategias alternativas de atención se establece a través de la investigación clínica controlada o utilizando un término más moderno, "evaluación de la tecnología". La estrategia más eficaz de manejo clínico que se conoce, establece el límite superior de lo que se puede alcanzar; es la frontera tecnológica¹. La importancia de este concepto para definir y evaluar la calidad se aprecia de manera más clara si consideramos la efectividad, el segundo de los siete pilares.

Efectividad

La efectividad, a diferencia de la eficacia, es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables.

Un simple esquema clarifica este punto (Figura 1) Asimismo que una enfermedad tiene una evolución autolimitada, tal como lo muestra la línea gruesa en Figura 1. La enfermedad provoca un deterioro rápido de la salud que dura un tiempo y se

corrige. Con el manejo más eficaz disponible en la actualidad, la evolución de la enfermedad está representada por la línea superior en Figura 1. La línea central representa la evolución de la enfermedad cuando se somete a un tratamiento cuya efectividad estamos analizando.

Si los estudios previos clínicos, epidemiológicos y experimentales nos facilitan toda la información descrita anteriormente, podemos llegar a una estimación definitiva de la efectividad, del modo siguiente:

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{Área A}}{\text{Áreas A} + \text{B}}$$

A menudo, sin embargo, no disponemos de toda la información y; por consiguiente, deben realizarse algunos compromisos, lo que conlleva mediciones poco exactas. Aunque no contemos con toda la información sobre las curvas, podemos simplemente comparar un punto de cada curva en un momento determinado. Además, aún sin disponer del estándar representado por la frontera tecnológica, podemos comparar el modo en que dos tratamientos alteran la evolución natural de la enfermedad. Aunque desconozcamos el curso natural de la enfermedad, podemos también comparar dos o más tratamientos relativos a un perfecto (o suficientemente alto) estado de salud. No obstante, solemos acabar con estimaciones sesgadas. Las estimaciones se sesgan en contra de los tratamientos menos efectivos, cuando el curso natural de la enfermedad va hacia el deterioro, y se sesgan a favor de los tratamientos menos efectivos, si el curso natural de la enfermedad va encaminado a la mejora.

El planteamiento de medición de la efectividad no se altera, si el curso de la enfermedad es progresivo en lugar de autolimitado. También se basa en circunstancias más realistas cuando no tratamos con certidumbres, como en el modelo, sino con probabilidades y expectativas de acontecimientos futuros.

Hay que tener en cuenta que no se han mencionado costes. Los efectos de la salud considerados hasta el momento, son tan sólo la suma de cualquier mejora o daño que la atención sanitaria ha producido o se prevé que pueda causar. Si introducimos el coste, debemos considerar otros dos pilares de calidad: la eficiencia y la optimización.

Eficiencia

La eficiencia no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente (Figura 2).

Los valores establecidos en la atención sanitaria nos exigen el objetivo de obtener la mayor mejora alcanzable en salud para cada paciente, y todos estamos de acuerdo en que lo mejor es conseguir esta mejora al coste más bajo posible. No obstante, podemos estar en desacuerdo sobre si el coste de la asistencia, es o no un aspecto de la calidad-uno de sus pilares.

Existen ventajas en desligar la eficiencia, como atributo, del concepto de calidad: los conceptos sencillos son más manejables que los conceptos demasiado amplios. Sin embargo, la atención innecesaria y la atención innecesariamente cara, aunque no interfieran en la consecución de las mejoras máximas en la salud, muestran una clara ineptitud, negligencia o irresponsabilidad social, que uno difícilmente puede relacionar con la buena atención.

No se ha hecho mención, hasta el momento, de la renuncia a posibles mejoras en la salud para ahorrar dinero, sino únicamente en perseguir los mejores resultados con el menor coste. Es posible sostener que algunas pequeñas mejoras en la salud no compensan unos costes mucho más elevados. Esto provoca el debate del cuarto pilar de la calidad, la optimización.

Optimización

La optimización se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al coste de la asistencia. Esto se muestra en Figura 3.

En el panel superior de la Figura 3 vemos las consecuencias de realizar adiciones progresivas a la atención. Aunque todos estos complementos sean de utilidad, la curva de los efectos o beneficios muestran un eventual aplanamiento. No obstante, los costes continúan aumentando.

La consecuencia de relacionar los beneficios con los costes se muestra en el panel inferior de Figura 3. Claramente, más allá de cierto punto en la progresión de la atención, el balance entre costes y beneficios se convierte en negativo.

Así, existen dos especificaciones sobre cuál debería ser el nivel deseable de calidad: 1. en B, tenemos una asistencia de efectividad máxima y 2. en A, tenemos una asistencia de efectividad óptima. ¿Cuál de las dos es el objetivo? Este artículo trata esta cuestión básica más adelante.

Aceptabilidad

De manera arbitraria, asumo la aceptabilidad como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Obviamente, los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos. Podemos decir pues, que en gran medida, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización- aun-

Tabla 1. Los siete pilares de la calidad

Eficacia Efectividad Eficiencia Optimización Aceptabilidad Legitimidad Equidad

Figura 1. Presentación esquemática de efectividad en una enfermedad autolimitada. Efectividad igual a $A/(A+B)$

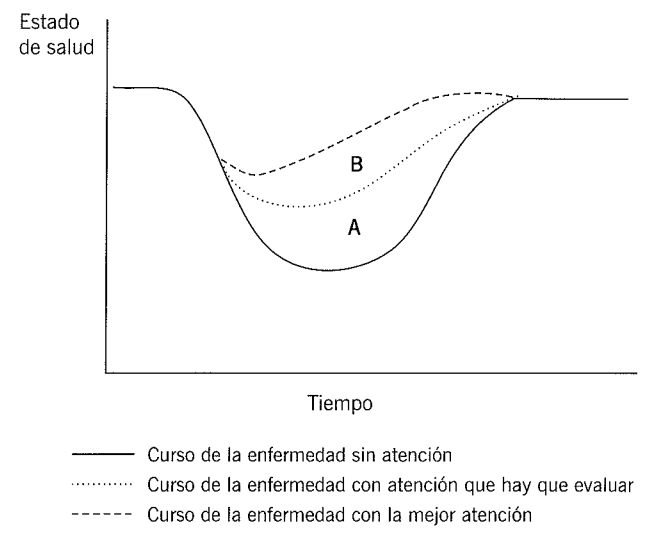


Figura 2. Definición de efectividad y eficiencia en la evaluación de la calidad

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{Mejora de las expectativas de salud con la atención que hay que evaluar}}{\text{Mejora de las expectativas de salud con la mejor atención}}$$

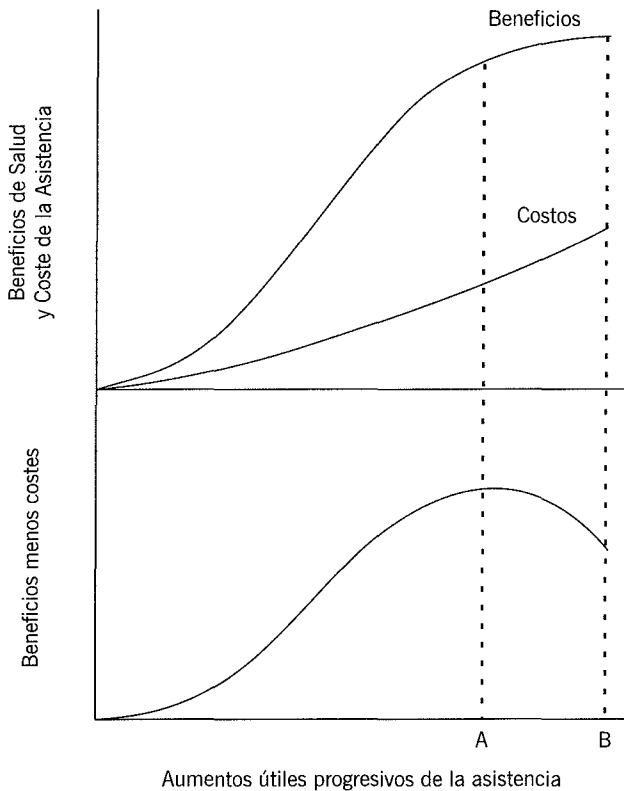
$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Mejora de las expectativas de salud con la atención que hay que evaluar}}{\text{Coste de la Asistencia}}$$

que no de manera absoluta. Existen nuevos elementos que entran en escena. Se trata de la accesibilidad a la asistencia, los atributos de la relación médico y paciente y el confort. Estos componentes de aceptabilidad se enumeran en la Tabla 2.

Accesibilidad

Podría debatirse largo y tendido sobre si la accesibilidad forma parte del concepto de calidad en sí misma, o se trata de

Figura 3. Relaciones hipotéticas entre beneficios de salud y coste de la atención mientras se realizan incrementos útiles de la atención



A. Indica la atención óptima efectiva.
 B. Indica la atención máxima efectiva.

una característica aparte de la atención. Para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada, es un factor importante de la calidad.

La relación médico-paciente

A los pacientes les preocupa mucho el trato que van a recibir por parte de los médicos y otras personas que participan en su atención. Por ejemplo los pacientes quieren que se les trate con consideración y respeto, que se responda a sus preguntas, se les explique su estado y se les dé la oportunidad de participar en las decisiones de salud y bienestar. En la Tabla 3 se realiza una enumeración más detallada de los atributos que se persiguen en la relación médico-paciente.

Todos sabemos de la importancia de una buena relación médico-paciente en la satisfacción de este último. Podemos olvidar a veces que una buena relación también contribuye a la efectividad, incorporando la cooperación del paciente en la asistencia.

Tabla 2. Aceptabilidad de la Atención para los pacientes

- Accesibilidad
- Relación médico-enfermo
- Confort
- Preferencias del paciente sobre los efectos de la atención
- Preferencias del paciente sobre los costes de la atención

Tabla 3. Algunos atributos de la buena relación médico-enfermo*

- Confluencia entre las expectativas, orientaciones, etc. del cliente y el profesional.
- Adaptación y flexibilidad: Capacidad del profesional de adaptar su enfoque no sólo a las expectativas del cliente, sino también a las demandas de la situación clínica.
- Mutualidad: Ganancias para ambos, profesional y cliente
- Estabilidad: Relación estable entre profesional y cliente.
- Mantenimiento de la máxima autonomía posible del cliente, libertad de acción y de movimiento.
- Mantenimiento de comunicación y lazos con la familia y la comunidad.
- Máximo grado posible de igualdad en la relación cliente - profesional.
- Máximo grado posible de participación activa del cliente, compartiendo el conocimiento relativo a la situación de salud, la toma de decisiones y la participación en el tratamiento.
- Mantenimiento de la empatía y confianza sin implicaciones emocionales indebidas por parte del profesional.
- Mantenimiento de una relación de soporte sin alentar una dependencia inadecuada.
- Confinar la influencia de clientes y profesionales a los límites de sus funciones sociales legítimas.
- Evitar el abuso económico, social, sexual o de otro tipo del cliente o del profesional.
- Mantener la dignidad y individualidad de clientes y profesionales.
- Mantener la privacidad.
- Mantener la confidencialidad.

*Adaptada de Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund Q* 1972;50:103-53.

El confort de la atención

El confort de la Atención son las propiedades de los centros donde se presta la asistencia, adecuándolos y haciéndolos más cómodos. Estos atributos son indicativos de calidad para el paciente, aunque entiendan también que existen otros aspectos más importantes que este en la atención.

Preferencias del paciente en la efectividad de la asistencia

Durante el debate sobre la efectividad, no se hizo mención del modo de evaluar los efectos de la atención. Esa omisión se corrige a continuación.

Los pacientes valoran a menudo las consecuencias de la atención, ya que éstas afectan a su propia salud de manera

distinta a las valoraciones de profesionales; por ejemplo, los pacientes pueden tener una visión distinta sobre lo que la atención moderna puede conseguir. Los pacientes pueden esperar mucho o muy poco.

Básicamente, los distintos estados de salud y enfermedad tienen un significado distinto según las personas, tal vez, en función de sus requisitos ocupacionales, situaciones sociales o entramado psicológico. Por ello, cuando se trata de seleccionar entre distintos tratamientos alternativos, que ofrecen distintas perspectivas de riesgos y beneficios, es necesario tratar la cuestión con un paciente debidamente informado o su representante. Una intervención considerada la mejor en calidad por parte de un paciente, puede ser distinta a la elegida por otro paciente, y ambas podrían ser distintas a la que el médico podría juzgar como la mejor.

Preferencias del paciente y coste de la atención

Aunque el método de tratamiento sea el mismo, la cantidad que paguen los pacientes puede ser distinta, principalmente debido a las diferencias de los pagos realizados por terceros. Aunque la cantidad a satisfacer por el paciente sea la misma, los pacientes pueden aceptar el sacrificio económico que representa de manera distinta y dependiendo de lo que estén dispuestos a pagar a cambio de los beneficios de la atención, de manera inmediata o aplazada.

En resumen, la intercalación de las preferencias del paciente puede alterar de manera radical las estimaciones de efectividad, eficiencia y optimización. También introduce tanta variación entre los pacientes, que al final, lo que constituye la mejor calidad puede tener que especificarse de manera individual caso por caso.

Legitimidad

Alguien podría pensar en la legitimidad como la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general. En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social; de eso se trata. No obstante, en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. Por consiguiente, lo que algunos individuos o sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común. La Tabla 4 muestra casos en los que se produce esta disparidad.

Cuando los individuos reciben atención, o no la pueden recibir, no son éstos necesariamente los que se benefician o sufren. Al producirse beneficios o daños a terceros, el planteamiento de qué es lo apropiado por parte de la sociedad, será distinto al de los individuos. Algunos ejemplos son: consejo genético; planificación familiar; inmunización; información de enfermedades transmisibles y conductas agresivas; y supervisión sanitaria de aquellos cuya discapacidad pueda representar un peligro para los demás.

Aunque los efectos de la atención en la salud estén confiados a individuos, la sociedad puede no valorar los en una medida tan alta como los individuos. Por ejemplo, como socie-

Tabla 4. Legitimidad

-
- Preocupación por la aceptabilidad de los individuos.
 - Preocupación por el bienestar de la colectividad.
 - Efectos distintos de lo experimentado por los individuos responsables de las decisiones de buscar o no atención sanitaria.
 - Valoraciones distintas a las realizadas por los individuos que reciben la atención.
 - Costes superiores de los que paga el individuo que recibe la atención.
-

dad puede que deseemos dedicar menos a la asistencia de los mayores y más a la asistencia de los niños.

A menudo, la sociedad tiene una visión de los costes muy distinta a la de los individuos. La razón principal es la financiación social de la asistencia. Cuando la atención la paga, en parte o en su totalidad, un tercero, el nivel de atención solicitado por un individuo podría exceder lo que la sociedad se siente capaz de financiar.

Por estos motivos y algunos otros, aquello que la sociedad considera una atención óptima puede diferir, a veces de manera significativa, de lo que los individuos considerarían óptimo. También podrían haber diferencias en la interpretación de lo que es equitativo o justo.

Equidad

Equidad es el principio por el que se determina qué es justo en a distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un "pilar" aparte de la calidad (Tabla 5).

Cada individuo tiene alguna noción acerca de qué es justo en cuanto a acceso a la asistencia y en la calidad de atención posterior. Es probable que los individuos estén motivados para buscar lo mejor para sí mismos, a menos que sean especialmente altruistas. No obstante, a nivel social, la distribución equitativa del acceso y de la calidad es a la fuerza un asunto de política social. Debe quedar claro que la distribución más equitativa puede no representar necesariamente la que aporta una mayor mejora de la salud a un coste más bajo. La equidad es un principio adicional, un compromiso moral, en cumplimiento del cual algunos pueden recibir una atención que podría aportar grandes mejoras en la salud si fuera utilizada por otras personas.

Comentario

Los aspectos principales son:

1. La calidad de la atención es un concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo los siete títulos siguientes: eficacia; efectividad; eficiencia; optimización; aceptabilidad; legitimidad; y equidad.

Tabla 5. **Equidad**

-
- Lo que los individuos consideran justo.
 - Lo que la sociedad considera justo.
 - Distribución del acceso a la atención.
 - Distribución de la calidad de la atención que sigue al acceso y sus consecuencias.
-

2. La calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tienen tres orígenes: a. la ciencia de la atención sanitaria que determina la eficacia, b. valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad, y c. valores y expectativas sociales que determinan la legitimidad.

3. Como consecuencia de lo anterior, la calidad no puede juzgarse únicamente en términos técnicos, sólo por profesionales sanitarios; las preferencias de los pacientes individuales y de la sociedad en general deben tenerse también en consideración.

4. La búsqueda de cada uno de los atributos de calidad puede reforzarlos mutuamente, ya que la asistencia efectiva es normalmente más aceptable y legítima.

5. La búsqueda de un atributo puede ir en contra de la búsqueda de otro, por lo que hay que perseguir y establecer un equilibrio.

6. Los conflictos más importantes surgen cuando las preferencias sociales son distintas de las preferencias individuales, básicamente porque la sociedad especifica de manera distinta aquello que es óptimo y equiparable.

Cada una de estas seis conclusiones plantea un reto a nuestra profesión en su misión de evaluar y garantizar la calidad de la asistencia. El reto más importante, no obstante, y el de mayor significado moral es el de reconocer y manejar la discrepancia entre las preferencias individuales y sociales. Esta discrepancia genera un descontento individual y sitúa a los profesionales sanitarios en la difícil tesitura de tener que cumplir sus obligaciones con los pacientes individuales y, de manera simultánea, cumplir con sus responsabilidades sociales. Éste es el mayor reto al que nos debemos enfrentar y manejar de manera que honre a nuestra profesión.

Referencia bibliográfica

1. Frenk J, Pena J. Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención de la salud. *Salud Pública Méx* 1988; 30:405-15.